



# Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

## UEC 25 Maladies chroniques et éducation thérapeutique

### Démarche éducative partie 1 : éducation thérapeutique du patient

*Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.*

*Rédigé par Peral Marie à partir du cours de Martineau Caroline présenté le 3 avril 2024.*

# Démarche éducative partie 1 : éducation thérapeutique du patient

## I. Définition et démarche

L'éducation thérapeutique n'est ni conseiller, ni informer le patient. Les soignants, dans leur activité, ont le rôle d'informer et de conseiller le patient.

**Informer** (du latin *informare*) : porter quelque chose à la connaissance de quelqu'un. Il s'agit d'informer centrée sur les contenus, elle s'adresse au plus grand nombre, on obéit à l'injonction « renseignez-moi ». Les informations données sont précises et justes, le soignant est la source du savoir.

Notre tendance naturelle est de transmettre des connaissances, on a des savoirs que l'on veut partager.

**Conseiller** (du latin *consiliare*) : indiquer à quelqu'un ce qu'il doit faire ou ne pas faire. Le conseil est centré sur celui qui le délivre, avec son expérience, son vécu, sa propre grille de lecture des informations. Le soignant est expert : il va conseiller qu'est ce qu'il faut faire, comment faire... Attention à ne pas tomber dans le piège de faire la morale au patient : il ne faut pas convaincre, ni mettre en garde, de faire peur ou de menacer. A travers le conseil, il peut y avoir ces connotations négatives.

**Eduquer** (du latin *educare*) : donner à quelqu'un tous les soins nécessaires à la formation et à l'épanouissement de sa personnalité. L'éducation est centrée sur la personne qui est en face de nous, elle dépend sur la relation qu'on a avec cette personne. Le soignant est à l'écoute du patient et de ses besoins, il guide et accompagne. Il faut attendre que le patient demande d'entreprendre les démarches, il faut donc accepter que le patient ne soit pas prêt. Il faut respecter ce que les patients nous disent.

L'éducation thérapeutique du patient a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychologique et social, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Aider le patient à prendre soin de lui-même c'est l'aider à prendre du pouvoir. C'est, pour les soignants, adopter une manière de travailler qui favorise l'implication du patient dans les décisions et les actions relatives à sa santé. Le patient est au centre de l'éducation thérapeutique, il est au cœur du parcours de soin.

**Démarche** : manière d'agir, comportement avec quelqu'un (*Le trésor de la langue française*). Manière de conduire un raisonnement, de progresser vers un but par le cheminement de la pensée; méthode, manière d'agir (*Larousse*).

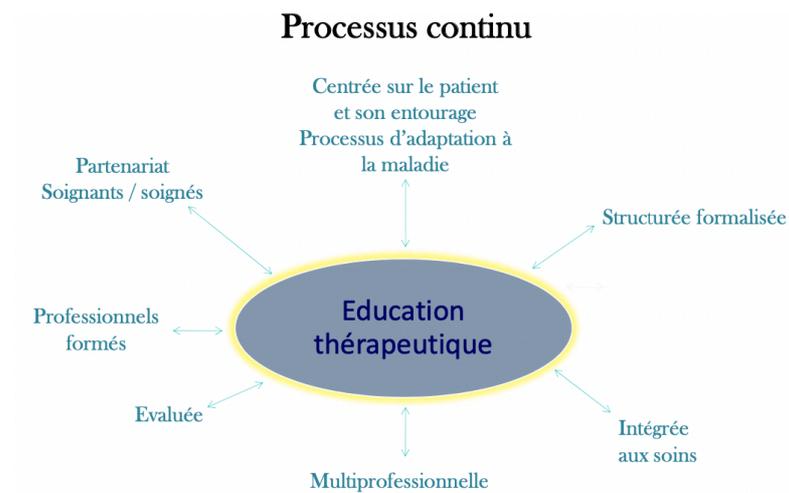
## II. Compétences du soignant

Les soignants doivent bénéficier d'un certain nombre d'heures de formation pour pouvoir pratiquer de l'ETP. Les connaissances de la pathologie, les compétences en communication, les compétences en pédagogie et la posture éducative sont des compétences que doit avoir les soignants. Ils doivent être en capacité de répondre aux interrogations des patients, c'est pour cela que nous prenons des soignants qui sont experts dans leur pathologies (PBCO, diabète...) afin qu'ils puissent répondre au mieux aux attentes des patients. Ils doivent, individuellement et en équipe :

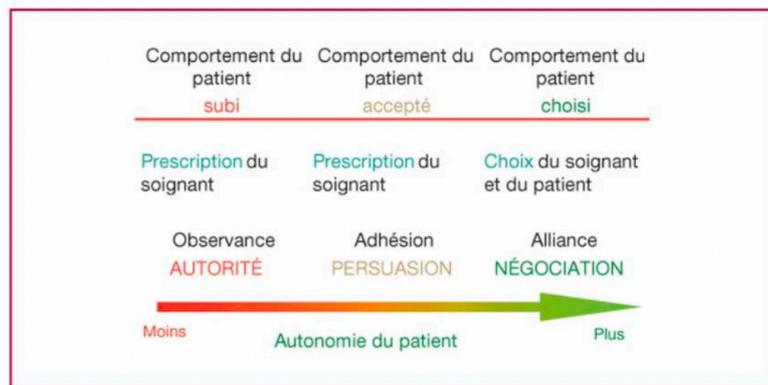
- Adapter leur comportement professionnels aux patients et à leur affection : faire des animations, ne pas tomber dans un cours magistral...

- Articuler leurs rôle et actions avec ceux de leurs collègues soignants éducateurs.
- Communiquer de manière empathique avec les patients, mais ne surtout pas les infantiliser !! Il faut reconnaître et appréhender ce dont le patient à besoin.
- Prendre en compte l'état, l'affectif, le vécu, l'expérience et les représentations des patients.
- Aider les patients à apprendre : savoir être pédagogique, il faut avoir une bonne posture devant le patient (ne pas avoir les mains derrière le dos...).
- Aider les patients à organiser leur mode de vie.

La relation soignant-soigné dans la démarche éducative est une relation de partenariat, de adulte à adulte (égal à égal), qui reste dans le respect et l'écoute du patient, il y a un transfert des connaissances et un rôle actif du patient (les patients peuvent aussi apprendre aux soignants). Les critères de qualité de l'éducation thérapeutique :

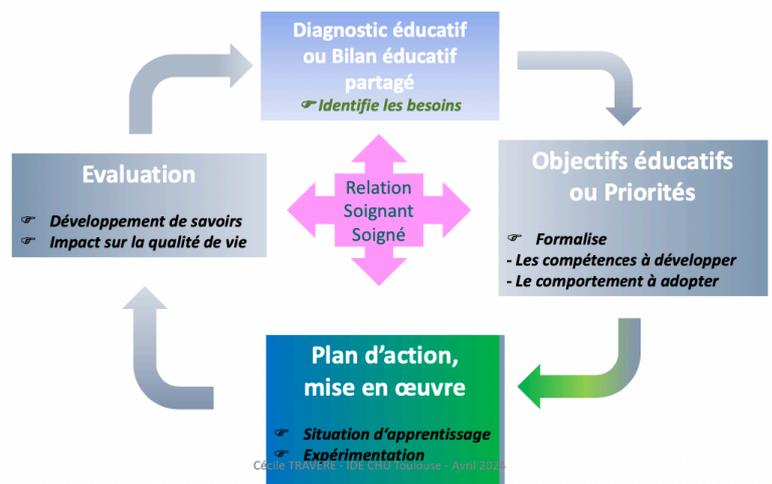


Evolution de la posture des soignants :



La démarche d'éducation thérapeutique du patient se fait en 4 étapes :

1. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé : identifier les besoins.
2. Objectifs éducatifs ou priorités : formaliser les compétences à développer et le comportement à adopter.
3. Plan d'action, mise en oeuvre : situation d'apprentissage, expérimentation.

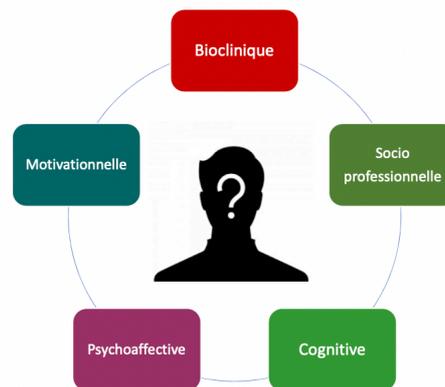


4. Evaluation : Développement des savoirs, impact sur la qualité de vie. Toute ETP doit être évaluée.

### III. Diagnostic éducatif et entretien

« Le diagnostic éducatif est la première étape de la démarche d'éducation qui permet d'appréhender différents aspects de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé. »

Pour savoir si on doit réaliser un diagnostic éducatif ou un bilan éducatif partagé on doit identifier les besoins du patient : faire connaissance avec lui dans toutes ses dimensions, sans toute sa complexité et toute sa singularité. Il est important d'explorer tous les champs.



=> Quels domaines explorer ? Quelles questions poser ?

- Bio-clinique : ce que le patient a = son état de santé, l'histoire de la maladie, le traitement et l'adhésion au traitement, les complications...
- Socio-professionnel : ce que le patient fait = mode de vie, habitudes de vie, gestion de la maladie au quotidien...
- Cognitive : ce que le patient sait = de sa maladie, de son traitement, ce qu'il veut savoir ou pas, envie d'apprendre, quelle forme d'apprentissage...
- Psycho-affectif : ce que le patient veut = pour sa santé, pour ses proches, son avenir, ce qu'il est prêt à changer, son projet de vie...
- Motivationnel : ce que le patient veut = pour sa santé, pour ses proches, son avenir, ce qu'il est prêt à changer, son projet de vie...

Il faut donc identifier les freins et les ressources dans chacune de ces dimensions.

Les freins peuvent être l'entourage, le manque de motivation, le peu de confiance en soi, les représentations, la précarité (financière, sociale...), l'isolement, le mode de vie... Tandis que les ressources peuvent être le sentiment d'efficacité personnelle, les croyances « positives », les moyens (financiers, matériels, lieu de vie, infrastructures urbaines...), le vécu de la maladie et également l'entourage et les sources de motivation.

La trame pour aider à l'élaboration d'un diagnostic éducatif :

	Connaissances	Représentations	Stratégie	Freins	Ressources
Maladie					
Traitement					
Activités					
Vie sociale					
Projet					

Cécile TRAVERE - IDE CHU Toulouse - Avril 2024

Synthèse du diagnostic éducatif :

- Points forts = les leviers ou les ressources
- Points faibles = les obstacles ou les freins

Après ce diagnostic éducatif, on propose des objectifs éducatifs ou des priorités, à l'aide de compétences techniques et d'adaptation, on élabore un calendrier avec des modalités/ un plan d'action.

Les points essentiels :

- Le diagnostic éducatif repose trop souvent sur la seule expertise des professionnels de santé.
- Parler de diagnostic éducatif, par analogie au diagnostic médical, risque de figer le regard que les soignants portent sur le patient.
- Quelles que soient les conclusions du diagnostic éducatif effectué avec chacun, les patients sont souvent orientés vers les mêmes séances collectives d'éducation thérapeutique, dont le contenu et le déroulement ont été fixés à l'avance.
- Pour comprendre la façon dont le patient vit sa maladie, et pour l'aider à prendre soin de lui-même, le soignant doit pratiquer une écoute non sélective.
- Aider un patient à prendre soin de lui-même ne repose pas que sur des objectifs pédagogiques et des activités d'apprentissage.
- Le terme de « bilan éducatif partagé » correspond mieux au travail que les soignants ont à entreprendre avec les patients dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique : il s'agit, à chaque rencontre, d'évaluer avec le patient où il en est, puis de convenir de ce qui pourrait éventuellement l'aider à mieux prendre soin de lui.

L'entretien en ETP est un temps dédié durant lequel les objectifs sont présentés au patient, il est limité dans le temps et est centré sur le patient dans un esprit de collaboration. Durant l'entretien, il faut faire attention à sa posture, au non verbal, de pratiquer de l'écouter active et de bien partager le temps de parole, de poser des questions ouvertes et fermées. Il est important de déduire la sémantique de l'entretien et d'effectuer une synthèse. Il faut bien préciser le but de l'entretien, expliquer le motif de la rencontre, expliquer ce que l'on va faire et comment on va le faire, il s'agit ici d'informer pour sécuriser et favoriser la coopération et la co-construction du parcours du patient. La répartition du temps de parole est primordiale, il faut qu'elle soit équilibrée entre le patient et le soignant car la parole prononcée est plus utile que la parole entendue, elle permet une clarification et une construction de la pensée. Pour faire partie de nous-même, une chose est à dire et à redire.

#### IV. Communication

Durant la communication, il est important de poser des questions fermées et des questions ouvertes. Les questions fermées sont des questions dont la réponse est oui ou non, ou bien une réponse courte. Elle est souvent utile dans les premiers entretiens pour obtenir des renseignements précis du patient. Les questions ouvertes quand à elles appellent une réponse détaillée, elles permettent de montrer au patient qu'on attend de lui d'exposer son propre point de vue et de s'engager dans une exploration personnelle de ses motivations, de ses conceptions...

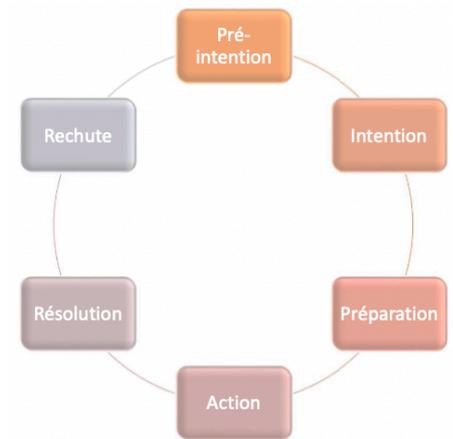
La reformulation est primordiale durant un entretien, elle permet de s'assurer que l'on comprend bien ce que le patient veut dire et elle permet de baisser la résistance du patient. Elle contribue au sentiment du patient d'être écouté et compris, elle pousse le patient à élaborer sa réflexion. Exemples : « si je comprend bien... », « à vous entendre... », « vous dites que... ». Il y a différents types de reformulation : la reformulation écho qui utilise les mêmes termes, la reformulation reflet (miroir) qui utilise d'autres termes considérés comme équivalents, la reformulation clarification qui commence à hiérarchiser et clarifier les idées et enfin la reformulation de sentiments / d'opinions / de faits (exemples : « j'ai l'impression que vous êtes en colère... »).

Le « oui, mais » est très présent dans la communication, le « mais » est plus important que le « oui », il est une façon polie de dire non. Le patient se justifie, il trouve des arguments pour maintenir son comportement et doute de sa capacité personnelle. Il s'agit d'un signal de discordance dans la relation, les idées ne sont pas partagées.

## V. Motivation au changement

Les stades de Prochaska (on essaie d'identifier où se situe le patient durant l'entretien) :

- Pré intention : pas d'intention de changer, pas de conscience du problème. La démarche éducative est inutile à ce stade là car le patient est dans le refus.
- Intention : le patient a conscience du problème mais n'est pas prêt s'engager dans un changement durable.
- Préparation : a l'intention de changer. Prêt à intégrer le programme, on peut alors initier la démarche éducative.
- Action : temps effectif de changement.
- Résolution : maintien des acquis.
- Rechute : non systématique, mais fréquente (adolescents +++ car crise d'adolescent).



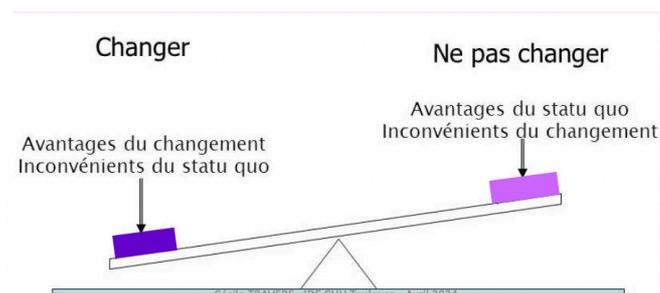
Le changement est un sentiment d'auto-efficacité : « Le sentiment d'efficacité personnelle est fortement lié à l'agentivité (capacité d'auto-régulation), il s'agit de la perception qu'a un sujet sur sa propre capacité à atteindre ses objectifs. » Les sources : expérience vécue, expérience vicariante (modèle), persuasion verbale, état physiologique et émotionnel.

« On ne se débarrasse pas d'une habitude en la flanquant par la fenêtre, il faut lui faire descendre l'escalier marche par marche » Mark Twain.

## VI. Entretien motivationnel (EM)

L'entretien motivationnel est l'approche directive, centrée sur la personne, ayant pour objectif de susciter une motivation intrinsèque en explorant et en dépassant l'ambivalence au changement. L'EM repose sur l'empathie, l'ambivalence, la résistance et le renforcement.

- L'empathie ce n'est pas l'apathie (négliger), l'antipathie (contredire) ni la sympathie (partager). L'empathie se définit par la compréhension, le fait d'entendre, d'appréhender ce que ressent le patient.



- Rester dans l'état actuel est un confort tandis que le changement est difficile, le but de l'entretien motivationnel est de faire prendre conscience le patient de cette contradiction, c'est l'ambivalence et elle est normale => il faut faire émerger la contradiction (quels avantages et quels désavantages à rester comme je suis ? Quels

avantages et quels désavantages à changer ?). C'est le patient qui s'exprime !!!

- Pour le renforcement, il faut repérer le discours du changement : désir (je souhaite, je serais content de), capacité (je pourrais, j'ai réussis), arguments (si je... alors...) et les besoins (j'ai besoin, il faut que). Il faut renforcer le sentiment d'efficacité personnel, valoriser le succès et engager dans le changement.
- Concernant la résistance, il ne faut pas aller à l'affrontement, la contre-argumentation est contre-productive. Il faut donc rouler avec la résistance.

Utiliser la technique OUVVER :

- Ouvertes les questions : appelle une réponse détaillée. Permet de montrer au patient qu'on attend de lui d'exposer son propre point de vue et de s'engager dans une exploration personnelle de ses motivations, de ses conceptions...  
Exemple : *Que pensez-vous pouvoir mettre en place? Qu'est-ce qui est le plus compliqué pour vous?*
- Valoriser la personne, ses succès, ses projets, son engagement. Respecter l'autonomie de ses choix, encourager et soutenir.
- Ecoute réflexive : évaluation pour le thérapeute de sa compréhension du discours du patient, diminution de la résistance du patient, sentiment d'être entendu et compris et élaboration de la réflexion du patient.
- Résumer : tout au long de l'entretien, renforce le sentiment d'écoute et de compréhension, trace le chemin parcouru et engage sur la suite. Il faut mettre en avant les dissonances sans jugement ni interprétations.

Attention, l'EM n'est pas :

- Le modèle Trans théorique Proshaska et Di Clemente
- Une technique pour obtenir des patients ce que le soignant souhaiterait qu'il fasse
- Une méthode ou procédure, c'est une démarche clinique
- Une balance décisionnelle
- Une évaluation, des commentaires sur la gestion de la maladie
- Une forme de thérapie cognitivo-comportementale
- Un conseil centré sur le patient
- Dans les habitudes et compétences des thérapeutes
- Une solution isolée
- Facile...